

Ældre og Omsorg

Udarbejdet af: Hanne Schmidt og Susanne Parbst, Arb.gr. Uv og dokumentation

Godkendt i Topledergruppen: Maj 2017

Ansvarlig:

Revideret: Susanne E. Pedersen og Hanne Schmidt Jan. 2020, Susanne E. febr. 2022

Revideres senest: febr. 2024

Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation	
Målgruppe	Autoriseret sundhedspersonale samt personer, der handler på disses ansvar samt terapeuter og pædagoger, der deltager i pleje og behandling efter sundhedsloven.
Formål	At pleje og behandling er godt og tilstrækkeligt dokumenteret på en helhedsorienteret og overskuelig måde, så det er et funktionelt og sikkert arbejdsredskab.
Mål	<p>At lovgivningens krav til den sundhedsfaglige dokumentation overholdes.</p> <p>At medarbejderne har viden om journalføring og sundhedsfaglig dokumentation.</p> <p>At alle relevante sundhedsmæssige observationer, behandlinger og evalueringer bliver dokumenteret overskueligt og systematisk.</p> <p>At dokumentationen bidrager til patientsikkerheden.</p>
Overordnede krav	<p>Elektronisk Omsorgs Journal (EOJ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal • være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observationer, pleje og behandling • opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering og rettelser • Sundhedsfaglig dokumentation er underlagt sundhedslovens §138 og KL's FSIII-metode, som beskrevet i <i>Dokumentations- og kommunikationspraksis i Nexus, Ældre og Omsorg</i> • Må godt indeholde latinske betegnelser eller andre fagudtryk. Ligeledes må der anvendes faglige anerkendte forkortelser
Stamoplysninger	<p>Borgers navn og adresse hentes direkte fra CPR-registeret. Derudover registreres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sundhedsfaglige kontaktpersoner - Interne og eksterne samarbejdspartnere herunder apotek, læge, speciallæge, hospital (oprettes fra SOR) - Organisationstilknytninger - Pårørende

<p>Samtykke</p>	<p>Samtykke til udveksling af personoplysninger og vurdering af handleevne (se instruks for Samtykke F. 1.10.1.)</p> <p>Det skal fremgå af EOJ, at der er givet mundtlig samtykke til indhentning af og videregivelse af helbredsoplysninger. Borgerens habilitetsevne til at give samtykke skal vurderes. Dokumenteres i skemaet "Samtykke-personoplysninger ÆO".</p> <p>Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal det fremgå af samtykket, med navn på vedkommende, der kan give et stedfortrædende samtykke.</p> <p>Informeret samtykke (se instruks for Samtykke F.4.7)</p> <p>Der skal ifølge sundhedsloven indhentes og dokumenteres samtykke vedrørende enhver kontakt med læge, sygehus samt start af ny behandling. Dokumenteres enten i indsats eller i en observation.</p>
<p>Helbredsoplysninger Generelle oplysninger</p>	<p>Når borgeren modtager sygepleje er udfyldelse af helbredsoplysninger obligatorisk.</p> <p>Oversigt over borgerens sygdomme, handikaps samt aftaler med behandlingsansvarlig læge og indikation for aktuel behandling. Dokumenteres i Skemaet "Generelle oplysninger" under Helbredsoplysninger. Skal indeholde borgerens aktuelle og tidligere sygdomme og handikaps, der har betydning for borgerens situation. Sundhedsfaglige kontakter borgeren er tilknyttet inden for sundhedsvæsenet fx øjenlæge, tandlæge, fodterapeut eller afdeling/ambulatorium samt hvilke kontroller, der foretages af borgers sygdomme.</p> <p>Behandlingsindikationer skal fremgå Ved en medicinordination, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.</p>
<p>Sygeplejefaglig udredning Beskrivelse af borgerens sygeplejefaglige problemer</p>	<p>De 12 sygeplejefaglige problemområder(Helbredstilstande) ligger til grund for den sygeplejefaglige journalføring og skal kun journalføres i nødvendigt omfang. Dvs de problemområder/tilstande, hvor der er observationer og udredninger, der er nødvendige for pleje, behandling og opfølgning.</p> <p>Alle 12 problemområder vurderes i forhold til hvilke, der medfører en sygeplejefaglig indsats og dokumenteres/gemmes med følgende status:</p> <p>Aktive/aktuelle tilstande: skal altid have en tilhørende sygeplejefaglig indsats/handling eller hjælpemiddel samt en obligatorisk opfølgningsdato. Det faglige notat samt nuværende- og forventet vurdering <u>SKAL</u> udfyldes.</p>

<p>Aftaler med behandlingsansvarlig læge</p>	<p>EOJ skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol, observationer og behandling af borgerens kroniske sygdomme og handikaps, der er indgået med de behandlingsansvarlige læger.</p> <p>Ved lægeligt ordinerede målinger, skal lægens anviste tærskelværdier fremgå af måleinstruksen og det skal fremgå i Handlingsanvisning, hvilken aftaler og behandlingsplan der er lavet med lægen samt plan for opfølgning.</p> <p>Se i øvrigt instruks F.1.6.2. vedr. "Opsøgende- opfølgende-hjemmebesøg samt forebyggende sygebesøg".</p>
<p>Daglig dokumentation i forbindelse med pleje og behandling</p>	<p>Alle der er i kontakt med borger dokumenterer observationer, hvis der er ændringer i borgers habituelle tilstand eller nuværende tilstand.</p> <p>ALLE observationer læses dagligt af sygeplejen ved start af vagten.</p> <p>En sundhedsfaglig opgave er først udført, når den er journalført. Udførte opgaver dokumenteres via kvittering på kørelisten. Er der tale om opgaver, hvor der er stabilitet og der ikke er nogen ændringer, der er relevante at dokumentere, er det tilstrækkelig kun at kvittere tidstro på kørelisten.</p> <p>Målinger, hvor der ikke er afvigelser, der kræver handling eller opdatering af "Helbredstilstand" dokumenteres udelukkende under målinger.</p>
<p>Dokumentation ved medicinbehandling</p>	<p>Der SKAL fra lægen være taget stilling til CAVE og det skal være dokumenteret i Nexus, så det er synligt i Borgerbanneret og på kørelisten.</p> <p>Ingen behandling må opstartes, uden at borger/stedfortræder har fået informeret samtykke, som skal journalføres. Se instruks F4.7 : Samtykker.</p> <p>Al indgift af fast medicin i æsker og poser samt pn medicin, skal dokumenteres via tidstro afkrydsning i det elektroniske medicinskema(medicinregistrering), herunder også IV-medicin, injektioner, øjendråber, sondeernæring, salver og andet medicin, der ikke er i æsker.</p>
<p>Papir-skemaer mv.</p>	<p>Det skal fremgå tydeligt af EOJ, hvis dele af dokumentationen føres på fx papir, og hvad det omhandler.</p> <p>Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved f. eks. ind- skanning) eller i separat papir journal og i mindst 5 år for optegnelser foretaget af sygeplejersker, assistenter, ergoterapeuter og</p>

	fysioterapeuter og mindst 10 år for optegnelser foretaget af læger og kliniske diætister.
Fravalg af livsforlængende behandling samt genoplivningsforsøg	<p>I forhold til fravalg af livsforlængende behandling samt genoplivningsforsøg.</p> <p>Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om borgers beslutning vedr. fravalg af livsforlængende behandling samt genoplivningsforsøg, dokumenteres i særskilte skemaer i Nexus og kan ses tydeligt i Borgerbanneret i højre side samt på kørelisten. Se instruks H1.7.2. om Fravalg af livsforlængende behandling samt genoplivningsforsøg.</p> <p>Behandlingsniveau kan komme i udskrivningsrapporten eller fra egen læge via en korrespondancemeddelelse</p>
Terminal borger	<p>Er borger erklæret terminal, er det vigtigt, at det dokumenteres i særskilt skema i Nexus.</p> <p>Terminalerklæring kan komme fra hospitalet i udskrivningsrapporten eller via korrespondancemeddelelse fra egen læge.</p>
Rettelser og tilføjelser	<p>Er dokumentationen først gemt, kan det ikke slettes.</p> <p>Hvis der er ført forkerte notater i en journal eller i en anden borgers journal, hvor det har betydning for patientsikkerheden, kan der rettes henvendelse til Nexusteamet, det kan skjule fejlagtige notater.</p>

<p>Forløbsprogrammer på kroniker området</p>	<p>Overordnet følges samme krav som til anden sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>KOL gælder samme krav til dokumentation jf. dokumentations- og kommunikationspraksis.</p> <p>I forhold til KOL-sygeplejerskerne:</p> <p>Instruks F1.7.1 for KOL-sygeplejersker</p> <p>Diabetes gælder samme krav til dokumentation jf. dokumentations- og kommunikationspraksis.</p> <p>Demens</p> <p>Instruks H1.4.1 Forløbskoordination demens i Hjemmeplejen</p> <p>Instruks F1.4.1 Forløbskoordination demens på ældrecentre</p> <p>Instruks F1.4.3 Samarbejde mellem ældrecentre og Ældrepsykiatrisk team</p>
<p>I øvrigt</p>	<p>Øvrige krav til dokumentationen, se Bilag 1</p>
<p>Lovgrundlag Referencer Kilder</p>	<p>Dokumentations- og kommunikationspraksis i Nexus, Ældre og Omsorg; aao.brondby.dk</p> <p>Målepunkter til hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejehjem</p> <p><u>Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021</u></p> <p>Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for Patientsikkerhed 14. marts 2017</p> <p>Målepunkter til akutfunktioner Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for Patientsikkerhed 7. februar 2017</p> <p><u>Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019</u></p> <p><u>Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29.oktober 2019</u></p> <p><u>Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022</u></p> <p><u>Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014</u></p> <p><u>Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015</u></p> <p><u>Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998</u></p> <p><u>Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002</u></p> <p><u>Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 28. juni 2021</u></p>

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

Korrekt håndtering af medicin 2019:

<https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~media/OE30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx>

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

** F1.1.1 Instruks Rammedelegation

Særlige anbefaling som skal dokumenteres

Vedr. D-vitamin tilskud:

For personer over 70 år, Plejehjemsbeboere og Personer i øget risiko for osteoporose uanset alder, skal informeres jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling. Et dagligt tilskud med 20µg D-vitamin kombineret med 800-1000 mg calcium.

Dokumenteres i Referat fra Opfølgende/Opsøgende hjemmebesøg

Vedr. AK behandling:

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2017 fremsendt nedenstående specifikke krav til dokumentationen, hos borgere i AK-behandling og med en KOL diagnose:

- EOJ indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor borgerens er i AK behandling
- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationsskema for AK behandling
- Det skal fremgå tydeligt på handlingsanvisning, hvad der skal observeres hos borgeren samt aftaler med behandlingssted